

Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Semarang Tahun 2011 (Studi di Dinas Kesehatan Kota Semarang)

Evaluation of Dengue Hemorrhagic Fever Disease Control Program in Semarang City 2011

Rika Adi Kusumo, Onny Setiani, Budiyo

ABSTRACT

Background: Based on the number of morbidity (Incidence Rate/IR) from 2008 to 2011, DHF in Semarang was ranked first in Central Java. DHF control program in Semarang consists of six aspects, they are the Human Resources (HR), finance, methods, regulations, infrastructure, and community participation. The purpose of this study was to analyze and evaluate the DHF control program in Semarang which include six aspects.

Methods: This research used qualitative research. Triangulation was done by conducting interviews on DHF control management with DHF program managers at Department of Health in Semarang, DHF program managers at puskesmas, and community. DHF control program includes inputs, processes and outputs and outcomes.

Results: HR quantity of inputs was less 65% for entomologist or epidemiologist, in terms of quality (qualification), HR was sufficient by education level and still less to 50 % based training followed. Financial aspect has been fulfilled properly, according to the proposed budget, but there are still remaining on the implementation of the budget. Outputs from method consists of reporting covers 90%; PE results < 24 hours at 79%; fogging < 5 days at 64%; PJR once a week at 13%; PJB at 100%. Facilities and infrastructure consists of fogging machines, Personal Protect Equipment, ambulances, loudspeaker, and flashlight was sufficient 100%. Laboratorium examination was not accurate. Regulation was implemented by 90%. The results of PSN illustrated community participation by 84%. While the outcomes of DHF control program for as many as 1,303 cases of DHF cases; IR DHF was 73.87 per 100,000 population; CFR 0.77 % and larvae free number 91.18 %.

Conclusion: The conclusion is DHF control program in Semarang is not optimal based on indicator inputs, processes, outputs and outcomes.

Key word : DHF control program, evaluation, IR, larvae free number

PENDAHULUAN

Jumlah kejadian DBD di Kota Semarang pada 5 (lima) tahun terakhir naik secara signifikan. Hasil pendataan dari instansi terkait menyatakan jumlah kejadian DBD adalah sebagai berikut : tahun 2006 penderita sebanyak 1.845 orang (IR : 126,3) dengan kematian sebanyak 42 orang (CFR : 2,28%), tahun 2007 penderita sebanyak 2.924 orang (IR : 196,4) dengan kematian sebanyak 32 orang (CFR : 1,09%), tahun 2008 penderita sebanyak 5.249 orang (IR : 361) dengan kematian sebanyak 15 orang (CFR : 0,3%), tahun 2009 penderita sebanyak 3.883 orang (IR : 262,1) dengan kematian sebanyak 42 orang (CFR : 1,08%) dan tahun 2010 penderita sebanyak 5.556 orang (IR : 368,7) dengan kematian sebanyak 47 orang (CFR : 0,85%).¹

Tahun 2008 dari 31.276 rumah/bangunan yang dilakukan pemeriksaan mengenai bebas jentik nyamuk *Aedes* didapatkan hasil cukup baik tetapi belum memenuhi target yaitu sebanyak 27.115 buah rumah/bangunan dinyatakan bebas jentik nyamuk *Aedes* atau sejumlah 86,70%. Pada tahun 2010 ABJ di

Kota Semarang dari 44.714 rumah/bangunan yang diperiksa, sebanyak 37.904 rumah/bangunan yang bebas jentik atau sebesar 84,77% dan belum memenuhi target.¹

Aspek-aspek lain yang perlu diperhatikan dan ikut berperan dalam terlaksananya upaya-upaya tersebut, antara lain sumber daya manusia, pendanaan, regulasi dan SOP (*Standard Operational Prosedure*) serta sarana dan prasarana. SDM yang berada di Dinas Kesehatan Kota Semarang ada sebanyak 13 orang yang secara langsung bertanggungjawab terhadap upaya pencegahan dan pemberantasan DBD terdiri dari 5 orang di bidang PKPKL dan 8 orang di bidang P2P. Tenaga yang berada di puskesmas ada sebanyak kurang lebih 148 orang yang tersebar di 37 puskesmas di Kota Semarang yang terdiri atas pemegang program dan tenaga fogging.¹

Aspek pendanaan, pada tahun 2009 pendanaan untuk upaya pencegahan dan pemberantasan DBD diperoleh dari APBD I dan APBD II, dana tersebut dibagi ke tiga bidang yaitu Kesga untuk program PSN anak sekolah, PKPKL untuk program pemberdayaan

Rika Adi Kusumo, S.KM., M.Kes, Dinas Kesehatan Kota Semarang
dr. Onny Setiani, Ph.D, Program Magister Kesehatan Lingkungan UNDIP
Budiyo, SKM, M.Kes, Program Magister Kesehatan Lingkungan UNDIP

dan P2P untuk program penanggulangan dengan total sebesar Rp. 2.123.123.000,-. Pada tahun 2010 pendanaan untuk upaya pencegahan dan pemberantasan DBD hanya diperoleh dari APBD II, dana tersebut dibagi ke dua bidang yaitu PKPKL untuk program pemberdayaan dan P2P untuk program penanggulangan dengan total sebesar Rp. 1.523.318.750,-. Pada tahun 2011 juga hanya ada satu sumber dana yaitu dari APBD II dan dana tersebut juga dibagi tetapi hanya untuk dua bidang yaitu PKPKL dan P2P dengan program sama seperti di atas yaitu sebesar Rp. 2.165.590.400.¹

Aspek regulasi dan SOP, hanya ada satu peraturan yang mengatur tentang upaya pengendalian DBD yaitu Perda Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit DBD. Sedangkan untuk SOP hanya ada dua SOP yaitu SOP tatalaksana kasus DBD dan SOP pelaporan kasus DBD.¹

Pengendalian DBD ini tidak mungkin berhasil dengan baik tanpa melibatkan aspek SDM, pendanaan, regulasi dan SOP, sarana dan prasarana serta peranserta masyarakat. Saat ini peran aspek-aspek tersebut dirasa masih kurang efektif dan efisien sehingga angka kejadian DBD di Kota Semarang masih tinggi bila dilihat dari nilai IR. Masih dibutuhkan SDM dan dana yang lebih banyak lagi untuk program pengendalian DBD serta peraturan dan SOP yang mengatur pengendalian DBD dan juga sarana prasarana dan peranserta masyarakat yang lebih dalam program pengendalian DBD. Untuk mengetahui keterpaduan semua aspek tersebut dalam program pengendalian DBD maka perlu adanya suatu evaluasi terhadap manajemen program pengendalian DBD di Kota Semarang sebagai upaya untuk menurunkan angka kejadian Demam Berdarah Dengue yang merupakan penyakit berbasis lingkungan.

MATERI DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dan triangulasi dilakukan terhadap pengelola program di Dinas Kesehatan, puskesmas dan masyarakat.

Hal ini untuk memastikan kebenaran data atau informasi fungsi manajemen program pengendalian penyakit DBD mulai dari *input* (Sumber Daya Manusia (SDM), Keuangan, Metode, Regulasi, Sarana prasarana, Peran Serta Masyarakat), proses (perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan serta evaluasi), dan *output* (hasil proses) yang diperoleh peneliti dari berbagai sudut pandang yang berbeda dengan cara mengurangi sebanyak mungkin perbedaan yang terjadi pada saat pengumpulan data yang dilakukan pada Dinas Kesehatan dan Pengelola Program DBD tingkat Puskesmas di Kota Semarang, yang menggunakan informan (wawancara) sebagai alat uji keabsahan dan analisis hasil penelitian. Hasil pengumpulan data yang berupa data primer dan sekunder kemudian diolah dan disajikan dalam bentuk tabel serta deskripsi melalui narasi. Sedangkan

analisis data dengan menggunakan reduksi data, yaitu data yang diperoleh direduksi, dirangkum, dipilah hal-hal yang pokok, difokuskan dengan faktor-faktor yang bersesuaian dengan fungsi manajemen penyakit berbasis wilayah terhadap pengendalian DBD.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil evaluasi variabel program pengendalian penyakit DBD di Kota Semarang tahun 2011 secara rinci disajikan pada tabel 1 di bawah ini. Masih banyak puskesmas yang tidak memiliki fungsional entomolog maupun epidemiolog sehingga pelaksanaan program pengendalian DBD di puskesmas tersebut dilaksanakan oleh sanitarian atau penyuluh. Apabila dilihat dari uraian tugas masing-masing petugas jumlah tenaga untuk program pengendalian DBD dikatakan cukup, yang idealnya setiap puskesmas harus mempunyai masing-masing satu tenaga entomolog, epidemiolog, sanitarian dan penyuluh, karena masing-masing petugas mempunyai tugas yang tidak terlalu berat dan sudah diatur sedemikian rupa oleh kepala puskesmas, sehingga setiap petugas mampu melaksanakan program pengendalian DBD.²

Keuangan jumlah sudah cukup dan pemakaian jelas dalam program pengendalian DBD. Dari anggaran Rp 1.552.453.475,- yang terpakai untuk program pengendalian DBD Rp 1.200.960.785,- atau sebanyak 77,4% dari jumlah anggaran sehingga masih ada sisa dari total anggaran tersebut. Dana yang tersisa ini diserahkan kembali kepada Pemerintah Daerah, bukan untuk membiayai program-program yang tidak berjalan karena tidak ada dana. Sistem pelaporan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan dari ada kasus hingga laporan bulanan sebagian besar puskesmas sudah melakukannya dengan baik.

Ada beberapa laporan yang tidak dilaporkan misalnya laporan tahunan dan peta stratifikasi DBD per kecamatan. Hanya ketepatan waktu penyampaian laporan dan kelengkapannya yang masih kurang. Ada 45 kasus DBD yang tidak dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE).

Hal ini disebabkan karena kurang lengkapnya alamat indeks kasus atau indeks kasus sudah pindah sehingga indeks kasus tidak ditemukan. Pelaksanaan fogging yang ≤ 5 hari sebanyak 64,1%. Hal ini kurang, belum sesuai dengan target yang ditentukan yaitu fogging ≤ 5 hari sebesar 100%.

Menurut Dinas Kesehatan Kota, hal ini disebabkan oleh keterlambatan petugas puskesmas melapor kasus fogging, adanya kendala di lapangan seperti indeks kasus tidak ditemui sedangkan dalam radius 100 meter ada kasus tambahan atau masyarakat tidak siap bila difogging dalam jangka waktu lima hari setelah pelaksanaan PE serta kurangnya persiapan bahan karena adanya ketidaksesuaian jadwal pengambilan bahan dengan kebutuhan lapangan/kebutuhan pelaksanaan fogging.

Pelaksanaan PJR yang dilaksanakan oleh kader atau jumantik dinilai kurang karena PJR tidak minggunya mereka mengirimkan laporan pemeriksaan jentik mingguan. Banyak kader atau jumantik yang memalsukan data pemeriksaan jentik sehingga hasilnya tidak akurat. Pelaksanaan PJB yang dilakukan oleh petugas kesehatan dari puskesmas sudah cukup karena sudah dilakukan tiga bulan sekali yaitu pada bulan Maret, Juni, September, dan Desember.³

Kebijakan yang menjadi acuan dalam pengendalian DBD di Kota Semarang tahun 2011 adalah Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Demam

dilakukan seminggu sekali walaupun setiap

Bedarah Dengue. Penekanan sanksi apabila ditemukan jentik nyamuk *Aedes sp* (berupa teguran tertulis dari RT/RW/Lurah/Camat atau teguran tertulis diikuti pemasangan tanda khusus di depan rumah) belum dilaksanakan dengan baik, sehingga belum bisa mendukung pengendalian DBD Kota Semarang. Penetapan sanksi dalam suatu peraturan atau regulasi bukanlah sekedar masalah teknis regulasi, melainkan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari substansi atau materi peraturan atau regulasi itu sendiri.⁴

Tabel 1. Variabel Program Pengendalian DBD di Kota Semarang tahun 2011

Variabel	Kenyataan ditemukan/Kondisi Di Lapangan	Standar/ideal
SDM		
- Jumlah tenaga epidemiolog/entomolog	13	37
- Jumlah tenaga penyuluh		
- Jumlah tenaga sanitarian	10	37
- Jumlah tenaga fogging		
- Kualifikasi pendidikan	35	37
- Pelatihan yang diikuti	91	148
	S1, D3	Minimal D3
	10 epidemiolog/entomolog, 35 sanitarian sudah mengikuti pelatihan profesi dan 35 sanitarian sudah mengikuti pelatihan teknis	Semua tenaga mengikuti pelatihan profesi dan teknis
Keuangan	Rp 1.200.960.785,-	Rp 1.552.453.475,-
Metode		
- Pelaporan		
• Ketepatan	> Tanggal 10	< Tanggal 10
• Kelengkapan	Tidak lengkap (laporan PE tidak dicantumkan contact person)	Lengkap
	79,04% < 24 jam	
- Penyelidikan Epidemiologi		48% < 24 jam
- Fogging focus	64,1% < 5 hari	
- PJR	13% seminggu sekali, 6% dua minggu sekali, 29% satu bulan sekali, 23% > 1 bulan 3 bulan sekali	100% < 5 hari 100% Seminggu sekali
- PJB	Dilakukan tidak sesuai prosedur	
- Larvasidasi selektif		3 bulan sekali Dilakukan sesuai prosedur
Sarana dan Prasarana		
- Puskesmas	63 Puskesmas (Induk & Pembantu)	50 Puskesmas
- Mesin fogging	73 mesin fogging (untuk fogging 2-4 mesin)	
	Semua puskesmas punya	74 mesin fogging (@ 2 per puskesmas)
- APD	31	
- Pengeras suara	37	Semua puskesmas punya
- Mobil Pusling	37	37
- Senter	Pemeriksaan darah rutin	37
- Pemeriksaan laboratorium		Pemeriksaan darah rutin, IgG, IgM, NS-1
Kebijakan		
- Regulasi	- Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2010, Perwal Kota Semarang No. 27B Tahun 2012, UU No. 4 Tahun 1984 PP No. 40 Tahun 1991 diterapkan 90%	- Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2010, Perwal Kota Semarang No. 27B Tahun 2012, UU No. 4 Tahun 1984 PP No. 40 Tahun 1991 diterapkan 100%
	- SOP tatalaksana kasus dan pelaporan kasus	- SOP tatalaksana kasus dan pelaporan kasus
- SOP		- SOP fogging
Peranserta Masyarakat		

Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue

Variabel	Kenyataan ditemukan/Kondisi Di Lapangan	Standar/ideal
- Lintas sektor	- POKJANAL DBD 100% berperan aktif	- POKJANAL DBD 100% berperan aktif
- Lintas program	- P2P, PKPKL, Kesga 100% berperan aktif	- P2P, PKPKL, Kesga 100% berperan aktif > 70% Aktif
- Masyarakat	- LSM 100% berperan aktif	- LSM 100% berperan aktif
- Swasta	- Perguruan tinggi swasta	- Perguruan tinggi swasta

Masyarakat dalam hal ini mempunyai peranan yang sangat penting, karena program pengendalian DBD akan berhasil bila masyarakat berperilaku baik. Namun pada kenyataannya masih banyak masyarakat yang tidak berperan aktif sehingga kurang mendukung program pengendalian DBD di Kota Semarang. Hanya 84% masyarakat yang berperan aktif dari hasil Riskesdas 2012. Dibandingkan dengan angka nasional yang sebesar 70%, angka 84% tersebut sudah cukup bagus.⁵

SIMPULAN

1. SDM dari segi kualitas sudah mencukupi 75%, dari segi kuantitas baru mencukupi 35%
2. Keuangan sudah 100% mencukupi
3. Metode untuk pelaporan 90%, PE < 24 jam 79,04%, fogging < 5 hari 64,1%, PJR seminggu sekali 13%, dan PJB 100%
4. Sarana dan prasarana sudah mencukupi 90%
5. Regulasi sudah diimplementasi 90%
6. Peranserta masyarakat sudah aktif 84%

DAFTAR PUSTAKA

1. DKK. Data kasus DBD, manajemen program pengendalian DBD. 2011.
2. Sulistyorini E, Trapsilowati W. Kajian kinerja Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2005 dalam pengendalian demam berdarah dengue (DBD) dari perspektif proses internal dan perspektif pembelajaran media litbang kesehatan XVII. 2007;1.
3. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue
4. Leasa EZ. Penerapan sanksi pidana dan sanksi tindakan (Double Track System) dalam kebijakan legislasi. *Sasi*. 2010;16.
5. Kemenkes RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.01/60/I/2010. Jakarta: Kemenkes RI; 2010.